

GAZETA LEKARSKA

TREŚĆ. I. STANISŁAW GĘBARSKI. Pięć przypadków choroby ADDISONA. Str. 1151. II. WŁADYSŁAW JANOWSKI. O nerce ruchomej i wędrującej. (Dok.). Str. 1159. III. ADAM CHOJKO. Spostrzeżenia nad moczówką cukrową (*diabetes mellitus*) oraz przegląd odnośnego piśmiennictwa polskiego. (C. d.). Str. 1162. *Dział sprawozdawczy.* 159. RACHFORD B. R. Leczenie t. zw. *status lymphaticus* zapomocą promieni X. Uwagi nad fizyologią grasicy. Str. 1167.—160. OTTO HESS. O przypuszczalnej niezależności anatomiczno-czynnościowej obu płatów wątroby. Str. 1168. Dr. WACŁAW DOBROWOLSKI. Sprawozdanie ze Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie. (C. d.). Str. 1171. *Wiadomości bieżące.* Str. 1175. *Ogłoszenia.*

I. Z ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Pięć przypadków choroby Addisona.

Podał

Stanisław Gębarski.

Piśmiennictwo nasze może się poszczycić licznymi i pierwszorzędnej wagi pracami w zakresie fizjologii nadnerczy [CYBUŁSKI, SZYMONOWICZ, GLUZIŃSKI, HORNOWSKI i NOWICKI, WELECKI], nie licząc wielu prac, traktujących o wpływie adrenaliny na ustrój. Spostrzeżenia natomiast nad chorobą ADDISONA ogłaszane były u nas dość rzadko i nie tak doniosłe, chociaż prace w tym zakresie MIKŁASZEWSKIEGO, PAWIŃSKIEGO, PRUSZYŃSKIEGO i RUDZKIEGO, zdaniem mojem, zasługiwałyby na wyróżnienie ¹⁾. I w obcych piśmiennictwach liczba ogłoszonych spostrzeżeń choroby ADDISONA jest jeszcze mała, a jednak, w miarę gromadzenia się tych spostrzeżeń, zmienia się i obraz kliniczny, podawany dla tej choroby. W dawniejszych jej opisach przytaczano np. między głównymi cechującymi ją objawami niedokrwistość, biegunki,

¹⁾ Prócz wymienionych autorów przypadki choroby ADDISONA przedstawiali w Towarzystwach Lekarskich lub opisali: ROSE, MACUDZIŃSKI, JERZYKOWSKI, MARISCHLER i RENCKI, JANOWSKI, WICZKOWSKI, NOWICKI, SÜSSWEIN.

które dzisiaj uważamy za mniej stałe i właściwe raczej końcowemu okresowi choroby. Za mało jeszcze mamy dotąd spostrzeżeń do należytego określenia stosunku tej choroby do gruźlicy innych narządów poza nadnerczami.

Wobec tego wciąż jeszcze wskazane jest ogłaszanie nowych spostrzeżeń tej choroby. Zachęcałaby do tego i ta okoliczność, że rzadko o chorobę, której poznanie kliniczne doprowadziłoby do tak doniosłych odkryć w patologii i fizjologii, jak choroba ADDISONA. Mimo woli ma się więc nadzieję, że i dalsze bardziej drobiazgowo poznanie tej choroby może się okazać owocnym w następstwa. Wszystko to właśnie skłania mię do ogłoszenia 5-u przypadków choroby ADDISONA.

I. Chory A. Sz., 30 lat, beżenny, zarządzający gospodarstwem rolnem, przybył na oddział 22. VIII. 1909 r. z powodu tak znacznego wyczerpania sił, że chodzić nie mógł, a nawet kilka razy w oczach naszych mdał przy próbie wstawania lub chodzenia. Skarżył się przytem na znaczne wychudnienie [dawniej ważył przeszło 60 kilo, w dniu przybycia do szpitala—48 kilo], pobudliwość do wymiotów, uporczywe zaparcie stolca, bezsenność. Początek choroby ustalić trudno. Osłabienie i zaburzenia w trawieniu zjawily się przed dwoma miesiącami. Chory nadmienia jednak, że ostatnimi laty zwróciło jeszcze jego uwagę brudne zabarwienie skóry na rękach, które próbował nawet zmyć rozmaitemi mydłami i sposobami, ale bezskutecznie.

Przy badaniu przede wszystkim zwróciliśmy uwagę na wyraźne ciemnosinawe plamy (jakby atramentowe) na błonie śluzowej warg, dziąseł i policzków i na ciemne zabarwienie reszty ciała, choć w daleko mniejszym stopniu wyrażone. Zabarwienie to widać wyraźniej na grzbietowej powierzchni rąk, na twarzy i na szyi; tem jaskrawiej odbijają białe dłonie i paznokcie. Chory zawsze był zdrow, bardzo silny i wytrzymały; żadnych chorób, oprócz rzeżączki przed 12-u laty, nie przechodził. *Abusus in Venere*. Rodzina zdrowa. Ojciec nadużywał trunków; cierpi na stwardnienie tętnic.

Stan chorego podgorączkowy. Tętno z górną 120, zaledwie wyczuwalne. Przygnębienie wielkie. Bezsenność. Lekkie stłumienie i wydłużony wydech nad jamą nad-i podobojczykową prawą. Kaszlu aż do samej śmierci nie było wcale i plwociny do zbadania nie można było wcale zebrać. Brzuch zapadnięty, nieco wrażliwy na ucisk w okolicy żołądka i wątroby. Zaparcie stolca, niekiedy trwające i do tygodnia. Ilość moczu dobową 1000 ctm. sz., cięż. wł. 1015, odczyn kwaśny; białka i cukru w moczu nie było. Badanie żołądka wykazało: brak wolnego kwasu solnego na czczo i po próbnym śniadaniu; sprawność mechaniczną zachowaną. Przygnębienie, apatya, nadczułość na bodźce bolowe. Osłabienie odruchów z błon śluzowych gardzieli, łącznicy, ucha i nosa. Odruchy kolanowe osłabione, ze ścięgien Achillesa prawidłowe.

W ciągu pierwszych dwu tygodni, pomimo subiektywnej poprawy, chory stracił jeszcze 1½ kilo na wadze. W końcu 3-go tygodnia zaczął otrzymywać suprarenalinę POEHL'a (3 razy dziennie po 0,3 po jedzeniu), którą przez 3 dni znosił dobrze, lecz później łatwo wymiotował. Wobec tego poprzestaliśmy na ¼ pastylki, którą chory przyjmował do 3-go października włącznie.

Podczas tego dwutygodniowego użycia suprarenaliny chory czuł się zna-

cznie lepiej: humor miał dobry, apetyt, sen doskonały, siły większe, przyrost na wadze 1½ kilo (17. IX—48,4 kilo), tętno od 80-u do 90-u, silniejsze, ciśnienie krwi 75 (według GAERTNER'a). Sądząc po tętnie, ciśnienie krwi przed użyciem suprarenaliny musiało być daleko niższe.

W tym czasie chory przedstawiony był w Tow. Lekarskiem (28. IX). W kilka dni później (4. X) nastąpiło nagłe pogorszenie: wymioty po każdym jedzeniu (suprarenalinę trzeba było przerwać), duże osłabienie, prowadzące do omdleń, senność; tętno 114, słabo wyczuwalne.

14. X. Waga 46,1 kilo. Osłabienie wzmagają się. Omdlenia znów się powtarzają.

27. X. Osłabienie coraz większe. Tętno 120, zaledwie wyczuwalne. Ciśnienie krwi 65—68. Bezsennaść wskutek dokuczliwych bólów w okolicy żołądka i lewej okolicy lędźwiowej tak, że trzeba było zastrzyknąć morfinę.

4. XI. Waga 40 kilo. Tętno 120, b. słabe. Plamy w jamie ustnej i na kończynach górnych liczniejsze i wyraźniejsze. Brzuch łódkowato zapadnięty. Stolec b. zaparty. Podniesienie ciepłoty ciała. Ilość moczu z nocy 400 ctm. sz., ciężar wł. 1012, bez białka i cukru. W ostatnich kilku dniach przed śmiercią—nieslychana apatya i bezwładność, śpiączka. Rozbudzony chory odpowiada zupełnie przytomnie. Objaw kolanowy słaby i leniwy. Żrenice odziaływają prawidłowo.

7. XI. Śmierć przy objawach zapaści i podniesionej do 39° ciepłocie ciała.

Przez cały czas chory gorączkował. Z początku ciepłota wahała się pomiędzy 37° a 38°, w końcu dochodziła do 39°, najczęściej jednak nie przekraczała 38°.

Badanie pośmiertne [dr DMOCHOWSKI] w dniu 9. XI. wykazało:

Skóra cienka, brązowo zabarwiona, najsilniej na powierzchni grzbietowej dłoni. Tkanki tłuszczowej podskórnej mało. Mięsień prosty brzucha ciemno-czerwony, suchy; inne suche, blade. Osierdzie zarośnięte. Serce zanikowe i bardzo wiotkie. Otwór lewy żylny przepuszcza 3 palce, mięsień lewego serca ścięczały do ¼ grubości, zmętniały, rozrywa się łatwo; zastawki bez zmian. Prawy otwór żylny przepuszcza trzy palce, komora powiększona, mięsień również ścięczały, blade; zastawki bez zmian. Tętnica główna zwężona, ściany jej cienkie, zastawki bez zmian; tętnica płucna i żyły nie zmienione.

Lewe płuco u szczytu przyrośnięte; stwardnienie u szczytu wielkości kurzego jaja, zawierające wewnątrz niewielką jamę, wypełnioną masą serowatą, naokoło guziczki gruzlicze; w pozostałej części płuco suche, trzeszczy. Prawe płuco u szczytu również przyrośnięte; w górnym płacie dużo niewielkich stwardnień; u szczytu jama wielkości orzecha laskowego; w innych miejscach płuco bez zmian. Gruczoły oskrzelowe nie zmienione.

Śledziona powiększona, blada, rozrywa się łatwo.

Wątroba przyrośnięta do przepony i przedniej ściany brzucha mocnymi błonami wrzekomemi, zmniejszona, bardzo mętna, rozrywa się łatwo; budowa zrazikowa zatarta.

Błona śluzowa żołądka i kiszek blada.

Nerki niezmiennione.

Trzustka zmniejszona, zanikła.

Prawe nadnercze b. powiększone [wielkości kurzego jaja], twarde, mocno przyrośnięte do nerki, na przekroju niemal w całości zserowaciałe. Dokoła nadnercza grube zrosty łącznotkankowe. Lewe nadnercze również powiększone, lecz o o połowę mniej niż prawe, wewnątrz zserowaciałe.

W przypadku tym zasługuje na podkreślenie: pierwszy okres choroby zdradzał się jedynie ciemnymi plamami na ciele i trwał zapewne parę lat; okres drugi (powikłanie płucne ze skrytym przebiegiem, upadek sił, zaparcie stolca, bole), od którego chory dopiero datował swoje cierpienie, trwał wszystkiego zaledwie 4 miesiące.

II. K. S., 25 lat, bezżenny, urzędnik kolei Nadwiślańskiej, 14. II. r. b. łaskawie skierowany do nas przez kol. TURSKIEGO. Chory na oddziale naszym nie leżał, tylko od czasu do czasu pokazywał nam się. U owego chorego przedewszystkiem rzucało się w oczy brązowe zabarwienie skóry na całym ciele, szczególnie na twarzy, szyi, wyprostnej powierzchni kończyn górnych i na brzuchu, mniej na kończynach dolnych. Jak to zabarwienie było jaskrawe, świadczy o tem już pierwsze zapoznanie się nasze z chorym. Przyszedł on na salę w odwiedziny do jakiegoś chorego i cerą swą tak nam się rzucił w oczy, że wyraziliśmy do siebie wątpliwość, czy to jest mulat, czy też dotknięty chorobą ADDISONA. To stało się powodem zajęcia się naszego chorym. Brak zupełny zabarwienia nad obu mm. trójgłowymi ramion, a także na paznokciach i dłoniach z wyjątkiem fałd, przerzynających dłonie. Pośród tego ciemno-cisawego zabarwienia widać sporo wysepek i punktów jeszcze ciemniej zabarwionych, natomiast na lewym policzku w paru miejscach—białe plamy, pozbawione barwika (*albinismus*). Na błonie śluzowej warg, policzków, dziąseł, wzdłuż środkowej linii podniebienia twardego, na podniebieniu miękkim i na łącznicy dolnej lewej widać plamy i smugi jakby atramentowe. Chory skarżył się przytem na szybkie chudnięcie i osłabienie. Choroba trwała blisko od roku. Przed chorobą uchodził za uosobienie siły i zdrowia (wazył 187 funtów, po roku choroby—151 f.; popęd płciowy osłabł, chory stał się wrażliwy, prędko się męczył, często się pocił). W pół roku od początku choroby zjawił się ból w plecach, odpowiadający mniej więcej okolicom nerkowym. Następnie ból ten przeniósł się i na wyższe kręgi, przytem „jakby się rozlał i po całych plecach, bokach karku“; szczególnie dotkliwie odczuwał go chory nad grzebieniem prawej łopatki.

S. pochodzi z rodziny zdrowej, niegruźliczej. Nie kaszlał. Nie gorączkował. Tętno miękkie, miarowe, co do częstości zmienne—od 78 do 104.

Budowa prawidłowa. Mięśnie dobrze rozwinięte. Wybitna wrażliwość całego kręgosłupa. W płucach, sercu zmian niema. Brzuch umiarkowanie wzdęty, wrażliwy ucisk w dołku; okolice nerek przy ucisku bolesne (więcej z lewej strony). Odruchy skórne i ścięgnowe prawidłowe. Czucie bolowe i dotykowe niezmiennione.

20. II. Waga 62 kilo. Ciśnienie krwi, oznaczone przyrządem GAERTNER'a, na obu rękach 95. Liczba ciałek czerwonych w 1 ctm. sz. krwi 468000, białych około 13000.

Mocz świeżo oddany przezroczysty, kwaśny, ciężar wł. 1012, białka i cukru nie zawiera; w b. skąpym osadzie dość liczne ciała białe krwi.

15. III. powtórne badanie krwi wykazało: czerwonych ciałek 492000 w 1 mm. sz., białych 8710 (w tём 58% obojętnochłonnych, po 18²/₃% limfocytów dużych i małych i 4²/₃% eozynochłonnych). Ciśnienie krwi 98.

Choremu zaleciliśmy suprarenalinę POEHL'a, którą znosił dobrze, lecz skutku dodatniego nie widać było od niej—wciąż mizerniał i tracił siły. Ostatni raz widziałem go 30-go marca. Skarżył się wtedy na silniejszy ból w okolicy nerek i uporeczywe zaparcie stolca. Potem straciłem go z oczu i przypadkowo tylko dowiedziałem się, że z powodu znacznego pogorszenia sprawy chorobowej zapisał się do szpitala kolejowego na Pradze, gdzie leżał przez 9 dni—od 19-go do 27-go kwietnia r. b., w którym to dniu zmarł. Przez te 9 dni chory gorączkował (w rannych godzinach ciepota nie przekraczała 38°, wieczorem dochodziła do 39°), z każdym dniem coraz więcej opadał na siłach, w końcu zaczął majaczyć i przy objawach zapaści życie zakończył.

Dzięki uprzejmości kolegów RYCHLIŃSKIEGO i HOROSZEWICZA miałem możność uczestniczenia przy sekcji (kol. HOROSZEWICZ), która wykazała:

Skóra ciemno-bronzowo zabarwiona. Tkanki podskórnej tłuszczowej bardzo mało. Mięśnie suche, blade. Zrosty u szczytu lewego płuca, płuco samo rozedmowo rozdęte. Prawe płuco w dolnej połowie od tyłu przyrośnięte, na przekroju przekrwione, miękkie; nigdzie żadnych stwardnień. Serce normalnej wielkości, w znacznym stopniu pokryte tłuszczem. Mięsień serca blade, b. twarde. Zastawki niezmiennione. W tętnicy głównej ogniska miażdżycowe (wielkości ziarnka prosa). Wątroba nieco powiększona, twarda, na przekroju zmetniała. Śledziona 1¹/₂ raza powiększona, przekrwiona, miękka. Nerki powiększone, b. twarde. Otoczka oddziela się łatwo. Na przekroju piramidy i substancja korowa odznaczają się wyraźnie.

Obydwa nadnercza co najmniej 10 razy powiększone, otoczone mnóstwem mocnych zrostów; powierzchnia przekroju większej części zserowaciała.

Jedno nadnercze, łaskawie mi udzielone przez kol. HOROSZEWICZA, przedstawiłem na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego.

Ze względu na brak jakichkolwiek ognisk gruźliczych poza nadnerczami i poszukiwałem prątków gruźliczych w masach serowatych, a także i w skrawkach z nadnercza. I tu i tam znalazłem je bardzo nieliczne i po długim szukaniu. Nadto tu i owdzie widać było skupiania drobnych ziarenek, zabarwionych fuksyną jak i laseczniki.

W przypadku tym uderza nas szybkie zejście śmiertelne u chorego, który jeszcze na parę tygodni przed śmiercią pracował, chodził i wyglądał wcale nieźle. Zachodziło tu jakieś szczególne usposobienie do gruźlicy gruźliców nadnerczowych, które uległy zserowaceniu symetrycznie i w równym stopniu. Poza nadnerczami nigdzie zresztą żadnych o gnisk nie znaleziono.

Na podkreślenie zasługują dotkliwie i długotrwałe bole, które chory dość ściśle odnosił do okolic nerkowych.

III. Z. K., lat 22, wyrobnik, obarczony dziedzicznie, z gruźlicą prawego przyjądrza, trwającą od dzieciństwa, przybył na oddział 30. XI. 1909 r. ze skargami, że od lat 4-ch spostrzega postępujące osłabienie, od lat 3-ch niezdolny jest do pracy; po parę razy dziennie doznaje zawrotów głowy, dochodzących niemal do omdlenia, odczuwa niewielkie bole mięśniowe w kończynach dolnych. Objawy przedmiotowe mniej są wydatne niż w poprzednich przypadkach. Rozlane brązowe zabarwienie skóry mniej wydatne, drobne skupienia barwika w postaci pojedynczych plamek nie tak liczne. Z błon śluzowych dotknięta jest tylko śluzówka warg, dziąseł i policzków, łącznie zaś są wolne. Zwraca uwagę mocniejsze zabarwienie blizn na ciele, zwłaszcza blizn po szczepieniu ospy. Z innych objawów klinicznych podnieść należy zgrubienie sznurka nasiennego, przetokę przyjądrza z prawej strony, zwiększenie względne liczby limfocytów we krwi oraz dość znaczne zwiększenie odsetki ciałek eozynochłonnych, nieusprawiedliwione obecnością pasorzytów kiszkiowych w ustroju. Dwukrotne badanie krwi wykazało: w dniu 9. XII. r. z. ciałek czerwonych 4532000 w mm. sz., ciałek białych 16000 (śródnich 54% obojętnochłonnych, 39% limfocytów, 7% ciałek eozynochłonnych); 22. I. 1910 r. ciałek białych 7430 w 1 mm. sz. (śródnich 52,5% obojętnochłonnych, 39,5% limfocytów, 8% ciałek eozynochłonnych).

Ciśnienie krwi 9. II.—50 (GAERTNER), a 22. I.—75.

Zawartość żołądka po śniadaniu próbnem raz jeden nie okazała wolnego HCl, za drugim razem znaleziono ilość wolnego HCl dostateczną.

Chory po półrocznym pobycie w szpitalu poprawił się znacznie: przybrał kilka funtów na wadze po wypisaniu się jednak ze szpitala niebawem wrócił z powodu ponownego większego osłabienia, nadmieniając przytem, że mniej więcej od 3 ch miesięcy doświadcza bólów przeważnie w prawej, a czasami i w lewej okolicy lędźwiowej, bo ściśle tam umiejscowionych, to opasujących. Towarzyszą im często bole w dołach podkolanowych i w łydkach, zwłaszcza z prawej strony. Chory tym razem leżał u nas przez miesiąc czasu i 11. VII. r. b. wypisał się z nowem polepszeniem: przybyło mu znów kilka funtów na wadze, apetyt, sen wrócił. Tylko rozlane zabarwienie skóry, szczególnie na twarzy i rękach, uwydatniło się znacznie więcej niż w porze zimowej, co przypisałbym działaniu promieni słonecznych, chory bowiem ostatnimi czasy dużo przebywał na słońcu.

IV. Przypadek ten zawdzięczamy uprzejmości kol. RYCHLIŃSKIEGO. 24-letni W. Dz., ślusarz kolejowy, pozostaje czasowo pod obserwacją lekarską w zakładzie dla umysłowo chorych w Drewnicy i tylko na kilka godzin przysłany był do zbadania na nasz oddział (15. V. r. b.). Chory ten skarży się na ciemne zabarwienie ciała, szczególnie twarzy, rąk i stóp, na niewielki przemijający ból w górnej części okolicy lędźwiowej — miejscu, odpowiadającym położeniu nerek, na stopniowy upadek sił i wychudnienie. Choroba rozpoczęła się mniej więcej przed dwu laty: chory zauważył, że mu twarz i ręce „ciemnieją“, nie dają się „należycie umyć“, jednocześnie zaczął chudnąć i sła-

bnąć. Na krótko przedtem z przyczyny niedość jasnej chorego uwolniono z wojska, pomimo, że się o to nie starał, a przypadkowo dostał się do ambulatoryumu z powodu choroby palca u nogi. Dawniej zawsze czuł się jak najzdrowszym, pracował ciężko i byłby z pewnością do dziś pełnił swe obowiązki, gdyby nie napad psychozy, któremu uległ przed trzema miesiącami i z tego powodu dostał się do Drewnicy. Napad ten polegał na tem, że, idąc z warsztatów na obiad i chcąc przejść przez plant kolejowy, naraz zaczął krzyczeć, podskakiwać, lękać się czegoś, mówić od rzeczy; widział obrzydłe potwory, robaki, myszy, żmije, kobiety nagie.

Odwieziono go niezwłocznie do Drewnicy, gdzie psychoza ta nie opuszczała go przez 5 dni. W dwa tygodnie później napad psychozy znów się powtórzył, lecz trwał tylko przez wieczór i noc. Od tego czasu upłynęło z górą dwa miesiące i oprócz apatii w stanie psychicznym chorego nic osobliwego nie spostrzegano. Podczas 3-miesięcznego pobytu w szpitalu (w Drewnicy) przez pierwsze kilka tygodni miewał na przemian to zaparcie, to rozwolnienie, niekiedy dreszcze i stale wieczorem miewa nieco podniesioną ciepłość ciała (37° z dziesiętnymi). Stolec obecnie prawidłowy. Przed miesiącem zauważył chory, że mu ciemnieją wargi i błona śluzowa jamy ustnej. *Venera et alcoholismus negantur*; chory pochodzi z rodziny zupełnie zdrowej: rodzice, brat i siostra cieszą się jak najlepszym zdrowiem. On sam, według własnej i brata opinii, uchodził zawsze za zdrowego i bardzo silnego mężczyznę.

Tętno 80—90 miarowe, miękkie, słabego napięcia (ciśnienie 90 na obu rękach). Waga 58 kilo. Wzrost średni. Odżywienie liche. Na pierwszy rzut oka uderza ciemno-bronzowe zabarwienie twarzy, szyi, powierzchni grzbietowej rąk i stóp oraz narządów płciowych (wyglądający z pod napletka koniec żołądździ jest bronzowo zabarwiony, inne części, pokryte napletkiem, usiane drobnymi ciemnymi plamami), także sutek, pach, pępka; reszta ciała oliwkowo zabarwiona z wyjątkiem białówek, paznokci i dłoniowej powierzchni stóp i rąk, których jednak fałdy również są zabarwione na bronzowo. Oprócz tego widać tu i owdzie małe wysepki ciemnego barwika; takież wysepki spotyka się i na innych częściach zabarwionych, szczególnie na twarzy, rękach i gołeniach; rozlane bronzowe zabarwienie górnej powierzchni rąk przechodzi nawet na wsgórek, odpowiadający mięśniom palucha (*thenar*). W wyższym jeszcze stopniu rzucają się w oczy rozległe ciemne („atramentowe“) plamy na błonie śluzowej warg, dziąseł, policzków (głowie wzdłuż zębów), po bokach i na powierzchni języka, na podniebieniu (szczególniej na granicy podniebienia twardego i miękkiego).

Lekka prawostronna skolioza części grzbietowej dolnej kręgosłupa. W płucach zmian nie widać. Granice serca prawidłowe. Tętno głuchawe. Wątroba, śledziona nie powiększone i nie wyczuwalne. Brzuch umiarkowanie wzdęty, bolesny nieco przy ucisku w okolicy nerek (bolesność występuje wyraźniej przy uderzaniu miejsc z obu stron górnej lędźwiowej części kręgosłupa).

Ze strony układu nerwowego zmian nie znaleziono. Odruchy ścięgnowe

prawidłowe. Źrenice jednakowo rozszerzone, prawidłowo oddziałują na światło i na akkomodację. Mocz kwaśny, bez białka i cukru, o ciężarze właściwym 1017.

Badanie krwi wykazało: hemoglobiny 70 (podług SALI'ego), ciałek czerwonych 3852000 w I mm. sz., ciałek białych 6800 (śródnich: 50,8% obojętno-chłonnych, 36,8% limfocytów, 7,3% ciałek jednojądrowych wielkich niezziarnistych i 5% ciałek eozynochłonnych).

Na zasadzie powyższego postawiliśmy rozpoznanie choroby ADDISONA, powikłanej ostrą psychozą halucynacyjną pochodzenia toksycznego.

Powstawanie psychozy w chorobie ADDISONA należy do rzadkości, jednakże probowano już wiązać z chorobami nadnerczy obłąkanie okresowe i przedwczesne otępienie umysłowe.

V. W zamożniejszej praktyce prywatnej choroba ADDISONA zdarza się jeszcze rzadziej niż w szpitalu. Dr CHEŁCHOWSKI widział jeden jedyny tylko przypadek tej choroby.

Z. J., uczeń szkoły rolniczej w Czernichowie, syn lekarza, lat 20, od 4-eh lat zauważył ciemne smugi, stopniowo wzrastające (jakby brud) na wyprostnej powierzchni palców u rąk i na fałdach dłoni. Twarz ciemno-żółta. Smugi czarne na błonie śluzowej jamy ustnej. Od 8-u miesięcy próchnica kości stopy (niedawno wyłyżeczkowanie). Od 5-u dni gorączka do 39° ze zwolnieniami, niezmiernie osłabienie, apatya, wymioty częste. Tętno 120, bardzo małe. Po 9-u dniach (6. II. 1904 r.) wśród wzrastającego osłabienia, bredzenia—śmierć.

Podejrzowano tu obok choroby ADDISONA gruźlicę prosówkową.

Przez cele 28 lat ubiegłych nie widziano na oddziale ani jednego przypadku choroby ADDISONA, pomimo, że nieraz zwracano uwagę w tym kierunku. Raz jeden tylko na sekcji (prof. PRZEWOSKI) znaleziono obok gruźlicy płuc (zwłaszcza prawego), niezbyt zresztą daleko posuniętej, zropienie (najprawdopodobniej gruźlicze) nadnercza lewego i przyległej części nerki; ropne zapalenie pęcherza moczowego.

Chory ów był to 75-letni wyrobnik, który na tydzień przed śmiercią (4-go VI. 1896 r.) przybył na nasz oddział. Od 30-go roku życia kaszlał, od dwu lat uczył pogorszenie: miewa częste poty nocne, biegunkę i słabnie coraz więcej. Krwią nigdy nie pluł. Wychudnienie duże. Tętno 68. Oddech 36. Wierzchołki płuc niskie; odgłos wyższy nad prawym szczytem. *Bronchopneumonia* z obu stron. Rzęzenie tylko u dołu. Brzuch bolesny. Pieczenie przy oddawaniu moczu.

Zabarwienia skóry, właściwego chorobie ADDISONA, w przypadku tym nie było. Może wskutek tego, że cierpiało tu jedno tylko nadnercze.

Na zakończenie pragnąłbym podkreślić kilka punktów z przytoczonych spostrzeżeń.

Trzech z naszych chorych uchodziło za ludzi bardzo zdrowych i silnych przed zapadnięciem na chorobę ADDISONA.

Trzej chorzy zmarli nadspodziewanie prędko po względnie długim okresie zdecydowanej już, ale niepostępującej choroby ADDISONA.

U trzech chorych badanie krwi wykazało względny ubytek ciałek białych obojętnochłonnych, natomiast przyrost limfocytów i ciałek eozynochłonnych.

Wyniki te co do ciałek obojętnochłonnych i limfocytów zgodne są ze spostrzeżeniami NEUSSER'a (*Die Erkrankungen der Nebennieren. Wien 1897, str. 50 i 51*). Co do eozynofilii, to jedni ją znajdowali w chorobie ADDISONA, inni (KOLISCH i PICHLER) jej zaprzeczali.

NEUSSER (*loc. cit.* 47) zaznacza, że mało zwracano uwagi na zachowanie się odruchów i źrenic w chorobie ADDISONA. W naszych przypadkach szpitalnych źrenice oddziaływały prawidłowo, odruchy skórne i ścięgnowe były także prawidłowe. U pierwszego tylko chorego w okresie przedśmiertnego osłabienia i śpiączki objaw kolanowy był wyraźnie osłabiony. U dwu chorych badaliśmy zawartość żołądkową na obecność kwasu solnego i nie znaleźliśmy wolnego kwasu, co jednak u jednego z tych chorych przy następnem badaniu już się nie potwierdziło. Ciężkie przypadłości żołądka (bole, wymioty, brak łaknienia) u dotkniętych chorobą ADDISONA, wrzody w żołądku znajdowane niekiedy na sekcjach (u nas RUDZKI), powinnyby zwrócić uwagę na zachowanie się trawienia żołądkowego w tej chorobie. Można by tu oczekiwać wobec cierpienia nerwu współczulnego i zahamowanego i wzmożonego wydzielania soku żołądkowego.

Chciałbym wreszcie podkreślić powikłanie jednego z naszych przypadków toksyczną chorobą umysłową.

II. O NERCE RUCHOMEJ I WĘDRUJĄCEJ.

Podał

Władysław Janowski.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 46).

Pragnę tu nadto zwrócić uwagę na okoliczność, iż całokształt objawów, cechujących zapalenie miedniczek nerkowych może również zależeć od nerki ruchomej. Spostrzegalem, mianowicie, z górą 20 kobiet, które wychudzone przez przebieg gruźlicy płucnej, cierpiały na zapalenie miedniczek nerkowych z szeregiem objawów podmiotowych oraz przedmiotowych, stwierdzanych przez badanie moczu, u których rzeczony objawy nie ustępowały, pomimo leczenia zapalenia miedniczek nerkowych według zwykłych zasad, gdy tymczasem przeprowadzona przeze mnie kuracja tuczająca sprowadziła zupełne ustąpienie wszelkich skarg podmiotowych i objawów przedmiotowych. Oczywiście, utycie takich osobników przywraca stosunki normalne w jamie otrzewnej i umożliwia prawidłowy odpływ moczu z miedniczek, przez co następuje wyleczenie.

Istnieje jeden tylko niewątpliwy objaw przedmiotowy nerki wędrującej, mianowicie—guz. Jeżeli nie cała nerka wystaje z pod łuku żebrowego, to

najlepiej badać ją zapomocą t. zw. *procédé du pouce*, polegającego na tem, iż okolicę lędźwiową podpira się 4-ma palcami ręki i, poleciwszy chorej głęboko oddychać, uciska się przednią ścianę brzucha wielkim palcem tej samej ręki. Przytem nerka przesuwana się pod wielkim palcem i może być zapomocą niego utrzymana w takim obniżonem położeniu. Jeżeli cały guz leży luźno w jamie brzusznej, chora najlepiej wskaże warunki, przy których daje się on najłatwiej wymacać. Wyczuwa się on wtedy jako ciało przeslizgujące się, leżące zwykle po prawej stronie od pępka, niekiedy po lewej, lub poniżej jego, a nawet w zatoce biodrowej. Jako cechę charakterystyczną dla takiego guza należy uważać możność odprowadzenia go na właściwe dla nerki miejsce. Objaw ten jednak będzie nieobecny, gdy nerka jest zrosnięta z narządami sąsiednimi. W tych przypadkach dla postawienia rozpoznania należy się przekonać zapomocą opukiwania, że w zatoce lędźwiowej niema ciała twardego.

Przechodzę do rozpoznawania nerki wędrującej. Należy je opierać na obecności w jamie brzusznej guza, dającego się odprowadzać do zatoki lędźwiowej. Jeżeli to nie daje się skutecznie, to należy być bardzo ostrożnym w rozpoznawaniu; należy mianowicie dokładnie odróżnić nerkę wędrującą od guzów wątroby, pęcherzyka żółciowego, trzustki, sieci, śledziony oraz jajnika [z ostatnią trudnością w stopniu bardzo poważnym spotkałem się dotąd 2 razy]. Trzeba się przytem kierować następującemi danemi. Jeżeli guz stoi w związku z wątrobą, to granice jego stłumienia łączą się z granicami stłumienia wątroby. Guz pęcherzyka żółciowego niekiedy bywa bardzo trudno odróżnić od nerki wędrującej, szczególnie, jeżeli chora ma jednocześnie żółtaczkę. W przypadkach tych, według mego zdania, rozstrzygające znaczenie może mieć tylko nakłucie próbne. Guz trzustki nie daje się odprowadzić do zatoki lędźwiowej. Guzy sieci leżą zazwyczaj bardzo powierzchownie, prawie w linii środkowej brzucha i są przytem bardziej ruchome w kierunku poprzecznym, niż podłużnym. Guzy śledziony również przylegają niekiedy bezpośrednio do przedniej ściany brzucha i posiadają zwykle brzeg ostry. Guzy jajnika i odźwiernika oraz przegięcia jelita grubego dają się niekiedy tylko z wielkim trudem odróżnić od nerki wędrującej. Według ALBARRANA, i w tych przypadkach należy kierować się odprowadzalnością lub nieodprowadzalnością guza do zatoki lędźwiowej.

Po stwierdzeniu, że dany guz jest rzeczywiście nerką wędrującą, należy ponadto określić, w jakim znajduje się ona stanie. LAWSON-TAIT twierdzi, iż nie zdarza się, aby nerka ruchoma posiadała mięsz zdrowy. SCHILLING podaje, iż w 14% przypadków przy nerce ruchomej można stwierdzić białko w moczu. Mnie osobiście i ta ostatnia liczba wydaje się przesadną. Jednakże, jeżeli nerka wędrująca zmusza nas do myślenia o operacji, to w takim razie należy wszechstronnie zbadać jej czynność, z zastosowaniem cewnikowania moczowodów, bez tego bowiem można popełnić nie dające się odrobić błędy w leczeniu.

Dane anatomo-patologiczne nerki ruchomej i wędrującej wynikają z tego, co już powiedziałem o granicach jej prześlalności, o ewentualnych zrostach jej z narządami sąsiednimi, o możliwym wydłużeniu naczyń krwionośnych

i moczowodu, wreszcie o przechodzeniu otrzewnej na boczną powierzchnię nerki oraz o częstoci białkomoczu u odnośnych chorych. Pozostaje więc dodać, że ilość tkanki tłuszczowej okołonerkowej przy nerce wędrującej może być niekiedy znacznie zmniejszoną, oraz przypomnieć, że przy sekcyi osobników, mających za życia nerkę wędrującą, można niekiedy, jakkolwiek nie często, natopkać ogólne opadnięcie trzew, bardzo rzadko opuszczenie śledziony, zrośnięcie nerki z jelitem grubym, oraz stosunkowo częściej—opadnięcie wątroby.

Rokowanie *quoad vitam* jest na ogół pomyślne, jakkolwiek przy objawach uwięźnięcia w przypadkach wyjątkowych może zagrażać życiu poważne niebezpieczeństwo i wtedy może powstać konieczność poddania chorego poważnemu zabiegowi chirurgicznemu w podobnych niekorzystnych warunkach. Znany mi jest jednak jeden tylko podobny przypadek ALBARRANA. Niekiedy wyleczenie udaje się bez operacyi, nie jest ono jednak trwałem i, przy wznowieniu się warunków szkodliwych, choroba może powrócić w całej pełni swych objawów klinicznych.

Zapobieganie polega na wystrzeganiu się zbyt ciężkich urazów fizycznych, nie opuszczaniu łóżka zbyt prędko po porodzie oraz na niedopuszczaniu do nadmiernego obniżenia odżywienia.

Co się tyczy leczenia, to powinno ono mieć głównie na uwadze podniesienie ogólnego odżywienia, tak, aby w jamie brzusznej nagromadziła się jak największa ilość tłuszczu.

Poleca się zatem forsowne żywienie chorych oraz wszelkie środki wzmacniające. Wynik leczenia bywa szybszy i pomyślniejszy, jeżeli chorą trzymać przytem w łóżku, aby ułatwić nerce powrót na miejsce właściwe. Prócz tego chorym takim należy polecać noszenie opaski na dolnej części brzucha lub specjalnie sporządzonego gorsetu. Przy częściej powtarzających się napadach uwięźnięcia można polecać podkładanie pod dolny koniec takiego gorsetu dużego walka z waty lub też doradzać noszenie wprost gorsetu z pelotą elastyczną, grubszą—w dolnej swej części, niż w górnej, która w ten sposób nie tylko przeszkadza nerce w opuszczaniu się, lecz zarazem odpycha ją ku górze.

W czasie napadów bólu stosuje się okłady gorące, morfinę i inne środki znieczulające. Przy zapaści wskutek uciśnięcia naczyń i moczowodów stosuje się leczenie według przepisów ogólnych. Wszystko to są jednak środki paliatywne, w przypadkach ciężkich nie uwalniające chorych od ich dolegliwości. W tych przypadkach jesteśmy zmuszeni myśleć o pomocy chirurgicznej, polegającej na przyszyciu nerki do tylnej ściany brzucha. Na zabieg ten należy się jednak decydować dopiero, mając zupełną pewność, że wszystkie objawy kliniczne w danym przypadku zależą wyłącznie od wędrowania nerki. Jeżeli zaś objawy te nie dają się ściśle odgraniczyć od objawów czysto nerwowych, zależnych od ogólnego rozstroju nerwowego, w takim razie lepiej wyczekiwać na wynik leczenia wewnętrznego, mającego na celu podniesienie odżywienia ogólnego oraz wzmocnienie układu nerwowego.

Chorym takim należy ze szczególnym naciskiem powtarzać, iż najważniejszym warunkiem poprawy ich cierpień jest dążenie do utycia i że w odnoś-

nych usiłowaniach powinni być lekarzowi jak najbardziej pomocni. Należy też ciągle takich chorych uświadamiać, że wszelkie pasy, sznurówki i peloty stosowane są właśnie tylko do czasu, dopóki wypełnienie tłuszczem odnośnych fałd otrzewnych nie spełni w sposób najwłaściwszy zadania unieruchomienia nerki. Nie trzeba też nigdy ustawać w przypominaniu chorym, że wszelkie przyrządy, służące do umocowania ruchomej nerki, nakładać trzeba bezwarunkowo w pozycji leżącej, a odnośne sznurówki zapinać stale od dołu ku górze.

Dopiero, gdy takie leczenie, stosowane przez czas dłuższy, daje wyniki ujemne, co zdarza się istotnie wyjątkowo rzadko, należy zdecydować się na zabieg operacyjny. Jedynym racjonalnym zabiegiem operacyjnym, stosowanym w podobnych przypadkach, jest wprowadzone przez HAHN'a do chirurgii przyszcicie nerki (*nephropexis*), mające na celu umocowanie jej na stałe w takim położeniu, które uniemożliwiałoby dalsze występowanie jakichkolwiek objawów chorobowych, cechujących nerkę ruchomą. Oczywiście operacji takiej wykonywać niema celu w przypadkach, w których nerka ruchoma jest tylko jednym z objawów ogólnego opadnięcia trzew. Techniki operacji przyszcicia nerki, jako nie wchodzącej w zakres medycyny wewnętrznej, nie będą już tu przytaczał. Uważam również za zbyteczne tłumaczyć na tem miejscu, dlaczego chirurdzy odstąpili obecnie od wycinania nerki w tego rodzaju przypadkach. Zauważę tylko mimochodem, że wskazania do tego zabiegu są dziś bardzo ograniczone, już dla tej chociażby przyczyny, że, jak wykazały badania porównawcze, dokonane w różnych częściach kuli ziemskiej, ludzie o jednej nerce spotykają się daleko częściej, niż to dotąd przypuszczano. Stosunek takich osobników do mających obie nerki stanowi średnio 1:2000, przyczem jedyną nerką bywa bez porównania częściej prawa, niż lewa. Wynika stąd, że jeżeli wskazania do usunięcia nerki są obecnie wogóle nader ograniczone, to przy nerce ruchomej należy je uznać za prawie nieistniejące, jakto z autorów polskich słusznie zaznaczał w r. 1903 już KRYŃSKI.

III. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS W WARSZAWIE.

Spostrzeżenia nad moczówką cukrową (*diabetes mellitus*) oraz
przegląd odnośnego piśmiennictwa polskiego.

Podał

Adam Chojko.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 46].

Moczówka przemijająca DIETLA zachęciła adjunkta kliniki krakowskiej, FALĘCKIEGO, do poszukiwania cukru w moczu i w innych chorobach, jak w prze-

wlekłych zaraźliwych suchotach, raku wątroby, wadach serca i t. d. ¹⁾). Praca FAŁĘCKIEGO, aczkolwiek mozolna i drobiazgową, nie przyniosła piśmiennictwu polskiemu większej korzyści, może nawet przeciwnie wniosła pewien chaos, rozszerzając nadmiernie granice tego, co nazywamy cukromoczem ²⁾). FAŁĘCKI, doszukując się za przykładem BRUECKE'go najmniejszych ilości cukru w moczu, prawdopodobnie wszelkie substancje redukujące przyjmował za cukier i znajdował cukromocz we wszystkich niemal spostrzeganych przez siebie przypadkach tężca, raka wątroby i zimnicy, a bardzo często i w innych chorobach. W zimnicy przypisuje nawet cukromoczowi znaczenie rozpoznawcze, w tyfusie zaś i zapaleniu płuc uważa go za objaw dający pomyślne rokowanie ³⁾). O ilości cukru wnosił FAŁĘCKI z opóźnionego gnicia moczu. A przecież w tym samym roczniku Przegl. Lek. na krótko przed pracą FAŁĘCKIEGO [1862, t. I, Nr. 4] wyszła wzorowa praca prof. G. PIOTROWSKIEGO o cukromoczu fizyologicznym. Wobec zarzutów stawianych BRUECKE'mu, że redukcya siarczanu miedzi może zależeć nie tylko od cukru, ale i od innych ciał odtleniających, przedewszystkiem od kwasu moczowego, P. powtórzył doświadczenia BOEDEKER'a i HEGUSIUSA, obrońców BRUECKE'go i znajdował zawsze i we własnym moczu i w moczu 6-u innych zdrowych osób, zwłaszcza w poobiednim—8 do 25-u miligramów cukru na dobę.

Pracę DIETLA uważam za donioślejszą w naszym piśmiennictwie, dotyczącą cukrzycy; to też poświęciłem więcej miejsca i jego wnioskom i pracom ściśle z nimi związanym.

GŁOGOWSKI ⁴⁾ w pracowni prof. BIDDERA w Dorpacie powtarzał parę razy na królikach doświadczenia CL. BERNARDA [ukłucie dna IV komory mózgowej] i otrzymywał cukromocz. Chcąc dowieść, iż ukłucie CL. BERNARDA sprowadza cukromocz wskutek powiększonej produkcji cukru przez wątrobę, zaraz po ukłuciu dna komory IV i odkryciu cukru w moczu GŁ. zbierał krew z żyły wrotnej i wątrobowej dla porównania zawartości w nich cukru; nie mógł jednak zebrać dostatecznej ilości krwi, zachęca tylko do powtórzenia tych doświadczeń. Jak wiemy, późniejsze prace dały wynik dodatni.

Dawniejsze prace polskie, jako mniej znane i trudniejsze do odnalezienia, streszczałem tu każdą po kolei. Późniejsze prace daleko dostępnejsze,

¹⁾ Przegl. Lek. 1862, t. 1, Nr. 27 do 31.

²⁾ Sam DIETL w swoich spostrzeżeniach cukromoczu przemijającego miał chyba na myśli nie ślady fizyologiczne cukru, ale większe jego ilości. Tak przynajmniej wnosić należałoby i z ciężaru właściwego badanych moczków i ze spostrzeżenia 6-go, w którym przy ciężarze właściwym moczu do 1038 odsetka cukru wynosiła od 0,4% do 3,3%. I w przypadkach zebranych przez FAŁĘCKIEGO cukromocz w dzisiejszem rozumieniu czasem musiał istnieć rzeczywiście (ciężar właściwy moczków jakoby cukrowych wynosił od 1015 do 1045).

³⁾ Zapewne odgłosem tych poglądów kliniki krakowskiej była wzmianka NATANSONA na posiedzeniu Tow. Lekarskiego Warszawskiego (Pam. Tow. Lek. Warsz. 186, t. 54, str. 465) o moczówce cukrowej w 15-ym dniu tyfusu, zakończonej wyzdrowieniem po kilku dniach.

⁴⁾ De mellituria. Diss. inaug. Dorpat 1854 oraz Tyg. Lek. 1857, str. 289, 297.

których udało mi się znaleźć z górą 50, starałem się zebrać w dwa działy, kliniczny i teoretyczny, oraz w osobne grupy, odpowiadające treści tych prac.

Cały szereg prac dotyczy przyczyn wywołujących lub usposabiających do cukrzycy.

W następstwie ostrych chorób zaraźliwych podają: A. MALINOWSKI przypadek cukromoczu przemijającego [1,8% cukru] u chłopca dwuletniego, który przebył płonicę i błonicę ¹⁾; S. STERLING moczówkę cukrową u dziecka siedmioletniego po dyfteryie i krupie ²⁾. W 2-em spostrzeżeniu DIETLA i 1-em WIKTORA ³⁾ choroba cukrowa wystąpiła wkrótce po przebyciu cholery; po cholerynie w 2-em spostrzeżeniu W. ORŁOWSKIEGO ⁴⁾ i w jednym przypadku z zebranego przeze mnie materiału. Zimnicę na krótko przed chorobą cukrową notowano wielokrotnie; gnilec—w 7-em spostrzeżeniu WIKTORA.

Uraz, jako moment etyologiczny, podaje w trzech przypadkach WIKTOR, mianowicie upadnięcie na krzyż, i J. JAWORSKI ⁵⁾ u dziecka 1½-letniego [najniższy notowany wiek]—upadnięcie na głowę.

SZTAM ⁶⁾, jako przyczynę moczówki cukrowej, podaje ożenienie się w późnym wieku.

CHLUMSKY ⁷⁾ spostrzegał cukromocz przemijający po rażeniu piorunem; odsetka cukru w moczu już 2-go dnia wynosiła 3,8%, 6-go zaś dnia cukier zginął zupełnie.

AL. STOPCZAŃSKI ⁸⁾ znalazł cukromocz w dwu przypadkach po głębokiem zachloroformowaniu; moczu badany przed użyciem chloroformu cukru nie wykazywał.

ROZENBUSCH ⁹⁾ podaje dwa przypadki cukrzycy u osób nadmiernie otyłych, wagi około 100 kilo, z dziedziczną skłonnością do otyłości.

Prac poświęconych moczówce cukrowej w związku z ciążą znajdujemy kilka. W przypadku FELSA ¹⁰⁾ ciąża nastąpiła, co rzadko bywa notowane, u diabetyczki z 7% cukru w moczu; odsetka cukru w czasie ciąży początkowo spadła na 6%, a przy odpowiedniej diecie cukier znikł. ZWEJGBAUM ¹¹⁾

¹⁾ Przyczynek do etyologii i kazuistyki moczówki cukrowej u dzieci. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1888, str. 169.

²⁾ Moczówka cukrowa u dziecka 7-letniego. Gaz. Lek. 1896, str. 640.

³⁾ Kilka przypadków moczówki cukrowej ze szczegółu uwzględnieniem leczenia. Med. 1877, str. 129.

⁴⁾ Spostrzeżenia nad przebiegiem śpiączki cukrzycowej. Przegl. Lek. 1904, Nr. 2—4.

⁵⁾ Moczówka cukrowa u 1½-letniego dziecka. Gaz. Lek. 1895, Nr. 27.

⁶⁾ Słodkomocz, notatki z praktyki. Tyg. Lek. 1860.

⁷⁾ Cukrzyca i boczne skrzywienie kręgosłupa po urazie, czy też rażeniu piorunem? Przegl. Lek. 1906, str. 15.

⁸⁾ Poszukiwania cukru gronowego w moczu po silnem chloroformowaniu chorego w dwu przypadkach z kliniki chirurgicznej. Pogląd na wypadki otrzymane w pracowni chemiczno-patologicznej Uniw. Jagiel. w r. 1867.

⁹⁾ Przyczynek do kazuistyki t. zw. Diabetus lipogeneticus. Przegl. Lek. 1888 str. 155.

¹⁰⁾ Przyczynek do powikłania cukrzycy z ciążą. Przegl. Lek. 1905 str. 11.

¹¹⁾ Przypadek cukromoczu u ciężarnej. Gaz. Lek. 1910 Nr. 14.

spostrzegął cukromocz dwukrotnie u jednej chorej w czasie dwu ciąży; jednocześnie występowało obrzmienie tarczycy. Przypadek ten Zw. zalicza do t. zw. cukromoczu przerywanego, graniczącego z prawdziwą cukrzycą. Brohowski¹⁾, wypowiada przypuszczenie, czy przejściowy cukromocz ciężarnych, w niektórych przynajmniej przypadkach, nie jest następstwem zmian, jakie zachodzą w przysadce mózgowej; akromegaliczny wyraz twarzy, spotykany nieraz u ciężarnych, nasuwałby to przypuszczenie. M. REICHENSTEIN²⁾ znalazł cukromocz zgodnie z innymi autorami u 11,8% badanych przez siebie ciężarnych, z odsetką cukru od 0,2% do 0,7%, przyczem zwraca uwagę na łatwe występowanie cukromoczu pokarmowego, szczególnie po podaniu lewulozy, a w niektórych razach nawet po podaniu 100 grm. skrobi.

ROZENBUSCH, podając dwa spostrzegane przez siebie przypadki „*diabetes lipogeneticus*“ [patrz. wyżej], wspomina, iż u córki jednej chorej, wystąpił w czasie ciąży cukromocz przejściowy. Pozatem o dziedziczności cukrzycy mało znalazłem wzmianek i w swoim materyale, i w piśmiennictwie polskim. GŁOGOWSKI [Medyc. 1875 str. 27] w odczycie o cukrzycy w Tow. Lek. Lubelsk. wspominał o chorym, który dostał cukrzycy na wieść o śmierci z cukrzycy swego ojca i siostry.

Niewiele znalazłem prac, poświęconych anatomii patologicznej moczówki cukrowej. WILAMOWSKI³⁾ w dwu przypadkach raka głowy trzustki znalazł cukier w moczu, raz w małych ilościach [0,5% i to niestale], a raz w wielkich [100—360 grm. cukru dziennie przez 17 dni].

Prof. PONIĘKO⁴⁾ poszukiwał zmian anatomopatologicznych w nerwie sympatycznym za przykładem DUNCAN'a, LUBINOFF'a i innych u 5-u zmarłych na cukrzycę. We wszystkich przypadkach znalazł mniej lub więcej rozległe zmiany zwojów szyjnych: zgrubienie i stwardnienie zwojów widoczne nawet przy badaniu makroskopowem; pod drobnowidzem—przerost tkanki łącznej, nacieczenie okrągłokomórkowe dokoła naczyń, zmniejszenie komórek zwojowych, zwyrodnienie i zanik włókien nerwowych, niekiedy przekrwienia i wynaczynienia. Poszukiwania PONIĘKŁY były bardzo wskazane wobec doświadczeń fizjologicznych, w których po wycięciu zwojów szyjnych lub słońcowego występuje cukromocz. W dwu przypadkach, podanych przez WIKTORA w pracy wyżej już wymienionej, również zwrócono uwagę na nerw sympatyczny: w jednym zmian żadnych gołym okiem nie dostrzeżono, w drugim Browicz znalazł rozszerzenie naczyń włosowatych przy badaniu drobnowidzowem. Zmianom anatomopatologicznym w oczach przy cukrzycy poświęcił dwie prace W. KAMOCKI⁵⁾. Znalazł on zmiany w warstwie siatkówkowej tęczęwki, wiążące się z powstawaniem zaćmy cukrzycowej.

¹⁾ W sprawie cukromoczu u ciężarnych. Gaz. Lek. 1910 Nr. 18.

²⁾ Glikozurya a ciąża. Lwow. Tyg. Lek. 1909 Nr. 28.

³⁾ Dwa przypadki pierwotnego raka głowy trzustki oraz cukromocz. Przeg. Lek. 1906 str. 601.

⁴⁾ O zmianach anatomicznych n. współczulnego w cukrzycy. Przeg. Lek. 1877 str. 569.

⁵⁾ Fam. Tow. Lek. Warsz. 1887 t. 83 str. 1 z dwiema tablicami. Gaz. Lek. 1889 str. 671.

Nadto o cierpieniach oczu u chorych na cukrzycę pisali: GAŁĘZOWSKI KSAWERY. Retinite al-

O dochodzeniu cukru w moczu pisał prof. STOPCZAŃSKI ¹⁾. GŁOGOWSKI (l. c.) wspomina o próbie na cukier KŁECZYŃSKIEGO, której jednak odnaleźć nie mogłem. O niedokładności odczynnika OLIVER'a-GEISSLER'a przy dochodzeniu cukru pisał W. PISEK ²⁾. BIRENZWEIG ³⁾ polecał fenylhydrazynę, jako b. czułą próbą, a L. NENCKI ⁴⁾ nieprzychylnie ją oceniał. Wreszcie W. ZIEMBICKI stwierdził czułość i praktyczność odczynnika HAINESA oraz wartość próby oreynowej NEUMANNA'a dla odróżnienia różnych cukrów ⁵⁾. W innej pracy stwierdził wyższość sposobu ARNOLDA-LIPLIOWSKIEGO [sekundaryusza Szpitala powszechnego we Lwowie] przy wykrywaniu kwasu aceto-octowego w moczu nad innymi sposobami ⁶⁾.

Dla przybliżonego oznaczenia odsetki cukru FAŁĘCKI (l. c.) zwracał uwagę na liczbę dni, przez które mocz pozostaje kwaśnym, MATECKI ⁷⁾ polecał kroplomierz DUHOMME'a, zastosowany do próby FEHLING'a, Wł. ŚWIĄTECKI ⁸⁾ metodę kolorymetryczną własnego pomysłu, przystosowaną do próby MOORE-HELLERA.

LUKSEMBURG ⁹⁾ zwraca uwagę na potrzebę dochodzenia cukru w całej dobowej ilości moczu; w spostrzeganym przez siebie przypadku w porcyi dziennej znajdował 2—6% cukru, kiedy w nocnej cukru nie było wcale. Takie zachowanie się cukru widywał i L. NENCKI.

Na częstość chorób zębów u diabetyków wskazuje BIERNACKI ¹⁰⁾; uważa nawet, iż objaw ten może występować na początku choroby jako pierwszy zwiastun [porównaj 7-e spostrzeżenie WIKTORA].

Śpiączce cukrzycowej poświęcili swe prace ORŁOWSKI ¹¹⁾ i ZIEMBICKI ¹²⁾. ORŁOWSKI, podając drobiazgowo dochodzenie w 3-ch spostrzeganych przypadkach, stwierdza, iż podczas śpiączki pomimo wprowadzonych płynów ilość dobową moczu obniża się, ciężar gatunkowy spada, procent cukru w moczu podnosi się [zgodnie ze spostrzeżeniami innych autorów] lub obniża, dobową ilość cukru znacznie spada. W jednym przypadku śpiączka powstała w okresie bezcukrowym, co jeszcze nie było spostrzegane. ZIEMBICKI poświęcił śpiączce cukrzycowej referat zbiorowy.

buminurique et glycosurique. Gazet. des hopit. 1863 Nr. 83 i OSSOWIDZKI M. Ueber die in der Zuckerharnruhr vorkomm. Augenkrankh. Dissert. Berlin 1869, którychto prac nie udało mi się odnaleźć.

¹⁾ l. c.

²⁾ Przeg. Lek. 1884, t. 23 str. 153.

³⁾ Pam. Tow. Lek. Warsz. 1890. t. 86 str. 308.

⁴⁾ Gaz. Lek. 1889, t. IX str. 1028.

⁵⁾ Lwow. Tyg. Lek. 1906, str. 399.

⁶⁾ Lwow. Tyg. Lek. 1906, str. 211

⁷⁾ Przeg. Lekarski 1883 t. 22 str. 251.

⁸⁾ Nowa metoda ilościowego oznaczania cukru gronowego w moczu. Med. 1907 str. 934

⁹⁾ W sprawie wykrywania cukru w moczu. Gaz. Lek. 1895 Nr. 38.

¹⁰⁾ Pam. Tow. Lek. 1898 str. 1898. Przegł. Dentyst. 1898 str. 307.

¹¹⁾ Spostrzeżenia nad przebiegiem śpiączki cukrzycowej. Przeg. Lek. 1904 Nr. 2, 3, 4.

¹²⁾ Śpiączka cukrzycowa. Lwowski Tyg. Lek. 1908 str. 659.

O zmianach we krwi dotkniętych chorobą cukrową wspomina ubocznie BIERNACKI ¹⁾ w „Zarysie patologii krwi“. W jednym przypadku cukrzyca przyłączyła się do białaczki limfatycznej [Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego 1898, str. 948 i 974].

Że cukrzyca może być niebezpiecznym powikłaniem przy zabiegach chirurgicznych i gojeniu się ran pooperacyjnych, podaje o tem w swojej pracy ŻEBROWSKI ²⁾ na zasadzie własnych spostrzeżeń.

O rzadko spostrzeganym objawie przy cukrzycy: wynaczynieniach żywo zabarwionych lub odbarwionych na kończynach dolnych, podaje w swoim spostrzeżeniu LATKOWSKI ³⁾. Wspominają o tem WIKTOR i KORCZYŃSKI.

Nad lewulozurją pokarmową, jako objawem schorzeń wątroby, pracował SABATOWSKI ⁴⁾. Opierając się na 20-u własnych spostrzeżeniach, S. zaznacza, iż przy marskości wątroby lewulozurya pokarmowa występuje w 100%, co daje możność różniczkowania zapalenia gruczolczego otrzewnej od marskości wątroby, marskości od białowca i t. p.

Praca M. HALPERNA ⁵⁾, poświęcona lewulozurji pokarmowej, stwierdza zgodnie z wynikami innych autorów tolerancję diabetyków względem lewulozy; tolerancya ta, jak znalazł H. w jednym przypadku, wzrasta przy dyecie bezwęglowodanowej.

[D. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

→ 0 ←

159. Rachford B. R. (Cincinnati). Leczenie t. zw. status lymphaticu pomocą promieni X. Uwagi nad fizyologią grasicy.

FRIEDLENDER [1907] leczył skutecznie *status lymphaticus* z powiększeniem grasicy zapomocą promieni X. Autor przytacza dwa własne przypadki. Przypadek 1-szy dotyczył rocznego dziecka, które miało częste zapalenia gruczych oskrzeli, połączone z napadami duszności, sinicą, co trwało nieraz po kilka dni. Usunięcie wyrosli adenoidalnych i migdałków sprowadziło nieznaną i krótkotrwałą poprawę. Stan dziecka pogarszał się z każdym dniem. We krwi znaleziono znaczną limfocytozę. Rozpoznawano dusznicę grasicową (*asthma thymicum*), zwłaszcza, że opukiwanie stwierdziło stłumienie na mostku, odpowiadające grasicy. W ciągu 6-u tygodni stosowano naświetla-

¹⁾ Odczyty kliniczne. Serya 17 Nr. 195—200, 1905.

²⁾ Przyczynek do kazuistyki powikłań chirurgicznych przy moczówce cukrowej. Gaz. Lek. 1898 Nr. 49.

³⁾ Przeg. Lek. 1905 Nr. 46.

⁴⁾ O klinicznej wartości podawania cukru lewozwrotnego (lewulozy) dla ocenienia sprawności wątroby. Gaz. Lek. 1906 str. 1291.

⁵⁾ O lewulozurji. Med. 1906 str. 554.

nie promieniami ROENTGEN'a [16 posiedzeń po 6, a następnie po 8 minut z przodu i z tyłu w okolicy grasicy]. Już po pierwszych posiedzeniach stan się poprawiał, zwłaszcza też ustąpił oddech świszczący (*stridor*). Po skończonej kuracji dziecko zupełnie wyzdrowiało. Ojciec dziecka (lekarz) donosił autorowi, że lekkie napady powtarzały się jeszcze przez jakiś czas, ustępując po jednym lub dwu naświetlaniach.

W drugim podobnym przypadku (napady kaszlu, duszność, sinica, obrzmienie gruczołów limfatycznych, powiększenie śledziony, powiększenie grasicy, limfocytoza) otrzymano doskonały wynik po 12-u posiedzeniach naświetlania promieniami X w ciągu 6-u tygodni. W obu przypadkach w miarę poprawy zmniejszała się limfocytoza. W przypadku drugim, w którym oprócz limfocytozy, była *chloranaemia*, promienie X nie miały wpływu na tę ostatnią, tak, że trzeba się było uciec do żelaza.

Naświetlanie obejmowało ściśle okolicę grasicy; inne części były zabezpieczone od wpływów promieni X. Granice tępości, odpowiadające grasicy, po naświetlaniach zmniejszały się do normy, t. j. tępość zniknęła zupełnie. Zmniejszała się również śledziona i inne gruczoły limfatyczne. Wszystkie te fakty stwierdzają hipotezę, że grasicca gra niewątpliwą rolę w powstawaniu t. zw. *status lymphaticus*, który zależy od nadmiernej wydzieliny wewnętrznej tego gruczołu, podobnie jak choroba BASEDOW'a zależy od zwiększonej ponad normę sekrecji gruczołu tarczowego. Jeżeli jednak z jednej strony nadmierna działalność grasicy i jej przerost powodują pewien stan chorobny (*st. lymphaticus*), to znowu zmniejszenie tej wydzieliny i zanik przedwczesny tego gruczołu nie jest dla ustroju obojętnym. Próbowano leczyć *asthma thymicum* przez usuwanie grasicy drogą operacyjną. WARTHIN zebrał takich 7 przypadków z pomyślnym wynikiem. KOENIG ostrzega, ażeby nie usuwać nigdy całej grasicy, gdyż w jednym takim przypadku przez niego operowanym rozwinęła się bardzo silna krzywica (dziecko nie mogło chodzić przed 4-ym rokiem życia). BASCH, wycinając grasicę młodemu psom, widział zahamowanie rozwoju kości i poważne zaburzenia w odżywieniu. U bezgłowych potworów znajdowano stały brak grasicy. Te znowu fakty dowodzą, że grasicca i jej wewnętrzna wydzielina potrzebne są dla prawidłowego rozwoju płodu i wywierają korzystny wpływ na rozwój tkanek limfatycznych w pierwszych latach życia. Jednym słowem, upośledzenie czynności grasicy i jej przedwczesny zanik pociąga za sobą upośledzenie rozwoju—charłactwo limfatyczne (*general lymphoid exhaustion*), nadmierna jej czynność i przerost sprowadza *status lymphaticus* i *mors thymica*.

(*The american Journal of the medical sciences*, 1910, październik). A. Puławski.

160. Otto Hess. O przypuszczalnej niezależności anatomiczno-czynnościowej obu płatów wątroby.

W roku 1901 HENRY SÉRÉGÉ podał teorię o istnieniu podwójnego strumienia krwi w żyłę wrotnej oraz o niezależności anatomiczno-czynnościowej obu połów wątroby. Autor ten twierdzi, że krew żyły krezkowej górnej, [odpływająca z kiszki cienkich i $\frac{2}{3}$ części grubej] oraz krew żyły śledzionowej i krezkowej dolnej [z żołądka, śledziony, dolnego odcinka kiszki grubej], zetknąwszy się we wspólnym łożysku żyły wrotnej, nie miesza się ze sobą, lecz płynie w postaci dwu niezależnych strumieni, które u wnęki wątroby rozchodzą się ponownie odpowiednio od rozgałęzienia żyły wrotnej. W ten sposób, zdaniem SÉRÉGÉ'go, powstają dwa niezależne od siebie układy trawienne: prawy (*accomplément entéro-hépatique droit*), który otrzymuje krew przeważnie

z żyły krezkowej górnej i ma spełniać właściwe czynności trawienne; oraz lewy (*accouplement gastro-spléno-hépatique*) z dopływem krwi z żyły śledzionowej i krezkowej dolnej — i ma czuwać głównie nad ochroną ustroju przed zatruciem. Granicę pomiędzy nimi ma stanowić płaszczyna, przeprowadzona [myślowo] przez pęcherz żółciowy i miejsce dopływu żył wątrobowych do żyły głównej dolnej. W argumentacji swojej autor powołuje się na szereg zjawisk z dziedziny fizyki, fizjologii, anatomii, kliniki.

Przedewszystkiem zwraca uwagę na znane zjawisko w przyrodzie, że strumienie dwu rzek, po zlaniu się ze sobą mogą jednak w znacznej przestrzeni zachować oddzielną barwę, szybkość i t. p.

Następnie obmyślił przyrząd, który ma naśladować ustrój żyły wrotnej z jej dopływami oraz stosunkiem do wątroby. Są to dwie kolby ustawione na różnej wysokości: od kolb tych odchodzą dwie rurki gumowe połączone ze sobą zapomocą rurki szklanej czwororamiennej. Różnobarwny płyn kolb wylewa się przez wolne końce rurki szklanej do szklanek, które wyobrażają dwa płaty wątroby.

Aby rozdział płynów był zupełny, przy budowie aparatu powinny być uwzględnione warunki anatomo-patologiczne, określone przez badania na człowieku i zwierzętach [długość żył, wymiary poprzeczne, kąty połączeń, ciężar gatunkowy oraz szybkość krwi w różnych żyłach].

SÉRÉGE przeprowadził cały szereg doświadczeń na zwierzętach, które miały potwierdzić jego teorię. Doświadczenia te polegały na wstrzykiwaniu zwierzętom do żył lub mięszu śledziony drobnych cząsteczek tuszu lub płynów zabarwionych i następnie badaniu poszczególnych płatów wątroby. Sam autor teorii, jako też wielu jego zwolenników [JOVANE, PICHERLE, GNUDI, JANGHANO, SILVESTRI] w doświadczeniach tych widzieli potwierdzenie teorii, znajdując zabarwienie lub cząstki tuszu w jednym tylko płacie wątroby, odpowiadającym żyłom, do której został wprowadzony płyn zabarwiony. Inni jednak autorzy [CHAUFFORD i CASTAIGNE, GILBERT i VILLARET, HESS] przyszedli do wprost przeciwnych wyników. BAUER po zastrzyknięciu czerwonej żelatyny do żyły śledzionowej, a niebieskiej do krezkowej otrzymał równomierne fioletowe zabarwienie całej wątroby oraz jej powierzchni.

Dalej SÉRÉGE określał ilość mocznika u psów w 100 gm. wątroby z lewego i prawego płatu po 48-u godzinach głodzenia oraz w ciągu 8-godzinnego trawienia w 2-godzinnych odstępach czasu. Z szeregu cyfr otrzymanych okazało się, że w lewym płacie wątroby po 2-u godzinach trawienia ilość mocznika była nieznacznie podniesiona, w ciągu kilku godzin utrzymywała się na równej wysokości, a po 8-u godzinach spadła do wartości głodowej. Natomiast w prawym płacie po 2-u godzinach ilość mocznika nie zmieniła się wcale, podniosła się do cyfr bardzo wysokich po 4-ch godzinach (*pancreatico-intestinale Verdauung*) i po 8-u spadła do cyfr początkowych. W moczu największa ilość mocznika przypadała na 6-ą godzinę trawienia. Stąd SÉRÉGE wyprowadza wniosek, że każda połowa wątroby pracuje niezależnie w sobie tylko właściwym okresie czasu, któryto okres dla lewego płatu przypada na czas trawienia żołądkowego, dla prawego — na czas trawienia kiszkiowego.

Próby z określeniem glikogenu dały mniej przekonujące wyniki.

Z określał zawartości żelaza w obu płatach wątrobowych oraz odpowiadających im żyłach u zwierząt głodzonych i karmionych pokarmem, obfitującym w żelazo, oraz z zestawienia liczb otrzymanych, SÉRÉGE przyszedł do wniosku, że w stanie głodu tylko lewy płat wątroby zatrzymuje nieco żelaza, po karmieniu zaś w 6 godzin następuje znaczne nagromadzenie żelaza w prawym płacie. Dowodzi to również, że wchłanianie żelaza odbywa się wyłącznie w kiszce cienkiej.

Znaczny materiał dowodowy czerpie SÉRÉGÉ dalej z obserwacji klinicznych. Przedewszystkiem zwraca uwagę na fakt, że ropnie wątroby, o ile zawdzięczają swe pochodzenie dyzenterji lub zapaleniu kiszki ślepej, umiejscowiają się głównie w prawym płacie, gdy tymczasem działanie alkoholu odbija się przedewszystkiem na lewym płacie. W pierwszym przypadku żyła kręzkowa górna staje się drogą przerzutu z kiszki cienkiej do prawej połowy wątroby, w drugim—alkohol, ew. produkty jego rozpadu przedostają się z żołądka do lewej połowy. Szereg przypadków zebranych z piśmiennictwa ma wykazywać, podług SÉRÉGÉ'go niewątpliwy związek pomiędzy umiejscowieniem sprawy pierwotnej [ropnie, nowotwory], a powstawaniem przerzutów w jednym lub drugim płacie wątroby.

W swoich spostrzeżeniach w Vichy SÉRÉGÉ wykrył stały stosunek pomiędzy prawym płatem wątroby a moczówką cukrową, dną, przekarmieniem z jednej strony, oraz pomiędzy lewym płatem a dyspepsią, alkoholizmem, malarją, chorobami dróg żółciowych—z drugiej. U żarłoków, zresztą ludzi zdrowych SÉRÉGÉ stale znajdował obrzmienie prawej połowy wątroby (*foie des gros mangeurs*). 160 spostrzeżeń razem z CRUCHE'm na dzieciach doprowadziły autorów do wniosku, że podczas rowoju dziecka oba płaty wątroby zachowują się różnie: gdy lewy powiększa się równolegle do wzrostu dziecka, prawy od 2-u do 11-u lat pozostaje w stanie nadmiernego przerostu czynnościowego wskutek obfitego odżywiania i przyspieszonej przemiany materji, przypadających na ten okres szybszego rozwoju dziecka, i dopiero później następuje proporcjonalny wzrost całej wątroby.

Wielu innych autorów w spostrzeżeniach klinicznych, przytoczonych przez SÉRÉGÉ'go, nie widzi dowodów niezbitych. Przedewszystkiem niema takiej prawidłowości pomiędzy umiejscowieniem sprawy pierwotnej a powstawaniem przerzutów w wątrobie. Spotykają się bardzo liczne wyjątki. Częstsze powstawanie ropni w prawym płacie wątroby, oraz większe nagromadzenie różnych substancji da się objaśnić w ten sposób, że prawy płat jest większy, średnica prawej gałęzi wnękowej szersza, szybkość krążenia krwi w prawym płacie znaczniejsza. Sam SÉRÉGÉ, wspólnie z SOULE'm określili ten czas, w ciągu którego krew przepływa przez obie połowy wątroby. Różnice są znaczne: dla prawej strony 45", dla lewej 96". SÉRÉGÉ objaśnia te różnice przez warunki anatomiczne w budowie żył. Ruchy wdechowe klatki piersiowej mogą łatwiej wpłynąć na krążenie w prawej połowie, niż w lewej, gdyż żyły wątrobowe prawe przy ujściu do żyły głównej tworzą kąt ostry [u człowieka 20°], tak że można sondę wprowadzić od strony tej żyły, gdy tymczasem lewe tworzą kąt „75°—115° i nie mogą być sondowane w ten sposób. Przytem żyła wnękowa prawa jest krótsza i szersza, niż lewa. Z tychto warunków wynika większa skłonność lewej wątroby do spraw zastoinowych podczas zaburzeń w krążeniu, które SÉRÉGÉ usuwał zapomocą gimnastyki oddechowej.

Pozostawiając na stronie sprawę istnienia dwu strumieni krwi w żyły wrotnej, Hess nie widzi jednak podstawy anatomicznej dla twierdzenia, że dla obu połów wątroby istnieją dwa niezależne i nielączące się ze sobą układy żyłne, jak chce SÉRÉGÉ. Hess w końcu swej pracy podaje kilka rysunków, przedstawiających iniekowane rozgałęzienie żyły wrotnej w wątrobie, i przychodzi do wniosków następujących:

1. Istnieje znaczna gałąź żylna — *ramus cysticus sive ascendens*, idąca do prawej połowy wątroby, która bierze swój początek zwykle od prawej żyły wnękowej, czasami jednak od lewej. W tym ostatnim przypadku trzeba byłoby nie tylko lewy, ale i większą część prawego płatu zaliczyć do *accouplement gastro-spléno-hépatique*“.

2. Uwarunkowany przez rozszczepienie się żyły wrotnej na dwie główne

gałęzie wnękowe podział układu żylnego wątroby zapomocą płaszczyzny środkowej — jest rzeczą dowolną. Taki podział możemy przeprowadzić w każdym miejscu wątroby, ponieważ ten typ rozgałęzienia żyły wrotnej powtarza się tam stale.

(*Sammlung klinischer Vorträge Nr. 576*).

M. Gliński.

Sprawozdanie ze Zjazdu chirurgów polskich w Warszawie

od 6-go do 8-go października.

Opracował

Dr Wacław Dobrowolski.

POSIEDZENIE V.

Dr ST. KOPCZYŃSKI mówi „w sprawie wskazań do trepanacji paliatywnej w przypadkach cierpienia mózgowia”. Opierając się na trzech własnych przypadkach, w których trepanacja paliatywna przyniosła wybitną korzyść, K. zaleca usilnie ten zabieg przedewszystkiem w nowotworach mózgowia, aby zmniejszyć ciśnienie wewnątrzczaszkowe, jeśli trepanacja radykalna z tych lub innych względów nie może być wykonana. Dalej—w każdym przypadku zwiększonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, jeśli nakłucie lędźwiowe w danym razie jest niemożliwe lub nie powoduje wypływu cieczy mózgowo-rdzeniowej. Wreszcie—w przypadkach wciąż postępującej brodawki zastoinowej, grożącej choremu ślepotą.

Prof. ZIEMBICKI opisuje dwa przypadki guzów podmózdkowych, które operował w r. b., obydwa z zejściem śmiertelnem. Operację w obu przypadkach wykonywał dwuczasowo. Wobec tego, że mózdzek w czasie operacji silnie wypada (*prolapsus cerebelli*), Z. zabezpiecza się przeciw temu utrudnieniu, nakładając na oponę twardą, zaraz po jej przecięciu, na każdy brzeg podwójne nitki, ktoremi można w każdej chwili zbliżyć płaty opony i przeto niedopuszczyć do wypadania mózdzku. Następnie radzi drenować podstawę płatu kostnego.

Dr BR. SAWICKI podaje „Leczenie objawów uciskowych rdzenia w gruźlicy kręgosłupa”. Główną przyczynę ucisku stanowi ropień, wychodzący z kręgosłupa i *peripachymeningitis*. Wspomniawszy o propozycji MÉNARD'a (*costotransversotomia*), zaznacza, iż sam w *spondylitis* stosuje wyciągi. Operował 15 przypadków *paraplegiae* w gruźlicy kręgosłupa z następującymi wynikami: jedna chora zmarła w czasie operacji—*haemophilia*, czworo zupełnie wyzdrowiało. Dwaj operowani zmarli w 6 lat po operacji z powodu *nephritis tbc*. Jeden operowany zmarł z powodu *pleuritis tbc*, reszta pozostała bez poprawy.

Dr A. RYDYGIER [Lwów] komunikuje „Badania doświadczalne nad wy-cinaniem *ganglion stellatum*”. Jakkolwiek mowca badań swych w tym kierunku jeszcze nie ukończył, jednakże zauważył we wszystkich doświadczeniach

pewne stałe objawy, a mianowicie: natychmiast po wycięciu zwoju następuje mocne rozszerzenie źrenicy po stronie operowanej, następnie—podniesienie ciepłoty w całej połowie ciała tejże strony. Różnica t° między obu połowami ciała nieraz utrzymuje się w ciągu miesięcy. Wogóle zaś otrzymuje się obraz ciężkiego stanu chorobnego. Dostęp do *ganglion stellatum* można sobie torować albo od strony grzbietu, albo też przy mostku—ta ostatnia droga jest lepsza.

Dr A. ZAWADZKI podaje „Przyczynki do chirurgii zwoju GASSERA”. Zaznaczywszy, że całkowite wycięcie zwoju GASSERA jest operacją niezmiernie trudną, a pozostawienie choćby cząstki zwoju nie daje gwarancji trwałego wyzdrowienia, mowca opowiada się za przecięciem korzonka nerwu trójdzielnego przed jego wejściem do zwoju, lub za przecinaniem gałęzi tuż przy ich wyjściu ze zwoju. Komunikuje cztery przypadki tej operacji, wykonane przez dra RAUMA, z których jeden zakończył się śmiercią z krwotoku, trzy zaś pozostałe — wyzdrowieniem.

Dr HIGIER mówi „O zabiegach chirurgicznych w cierpieniach przewlekłych opon mózgu i rdzenia”. Zdaniem H., dodatnie wyniki dają zabiegi chirurgiczne w torbielach wrodzonych i nabytych, a zwłaszcza przy samoistnym wodogłowiu przewlekłym. Przy *pseudotumores* operacja nic nie wykrywa, a jednak sprowadza wybitną poprawę. Bardzo wdzięczne pole do zabiegów chirurgicznych stanowią łagodne nowotwory opon mózgu i rdzenia.

Dr A. RYDYGIER w ogólnym zarysie komunikuje zabiegi, dokonywane w klinice lwowskiej w dziedzinie chirurgii mózgu i rdzenia: 16 razy wykonano punkcję BRAMANA; czaszkę otwierano trepanem elektrycznym. Wycinano również zwój GASSERA. *Laminectomiam* wykonano w dwu przypadkach z powodu nowotworu rdzenia.

Dyskusya.

Dr KRAUZE operował przypadek, rozpoznany jako *tumor acustici*. *Sub operatione* znalazł zbitą tkankę, podobną do guza, którą też wyciął i ranę zaszył na glucho. Wobec podniesienia się ciepłoty, ranę rozpruł i wytamponował. Chory wkrótce zmarł; na autopsji znaleziono ropienie w *sinus cavernosus*. Trzykrotnie operował gruźlicę kręgosłupa z doraźnym dodatnim wynikiem, po kilku miesiącach jednak nastąpił nawrót. W jednym przypadku *meningitidis tbc* wykonał przekłucie bocznej komory, lecz bez skutku.

Dr A. ZAWADZKI mówi, że na oddziale dra RAUMA przy nowotworach mózgu zasadniczo nie dokonywa się *punctionis lumbalis*, jak również—NEISSER-POLLACK'a. Przekłucia komory bocznej dokonywane są metodą KOCHERA lub KEEN'a.

Prof. KRYŃSKI zaznacza, że rozwój chirurgii mózgu zależy przedewszystkiem od udoskonalenia dyagnostyki neurologicznej, która w obecnej dobie jeszcze wiele pozostawia do życzenia. Co do nerwobolu twarzowego, KR. usilnie zaleca wstrzykiwanie 80%-go wysokoku do otworu kostnego, skąd nerw wychodzi. Sposób ten stosował u 8-ii chorych z bardzo pomyślnym wynikiem.

Prof. ZIEMBICKI uważa, że radykalnie można operować tylko te torbiele podmózdkowe, które posiadają ściany grube. Torbiele zaś surowicze mają ściane cienką, jak pajęczyna, więc tu wystarcza przebicie palcem; po tym prostym zabiegu przy autopsji prawie śladu tych ścian nie znajdujemy.

Dr W. ŁAPIŃSKI zwraca uwagę, że paraplegia na tle gruźlicy kręgosłupa u dzieci ma przebieg łagodniejszy, niż u dorosłych, i ujawnia skłonność do samowyleczenia. To też wskazania do laminektomii u dzieci są dosyć rzadkie. Ł. przytacza dwa własne przypadki *paraplegiae* u dzieci 5 i 12-letniego [bez wład całkowity obu dolnych kończyn], w których zastosował gipsowe łożka reklinacyjne w ciągu 11-u i 6-u miesięcy, poczem otrzymał całkowite i trwałe wyleczenie.

Dr BORZYMOWSKI na podstawie 10-u swoich operacji na mózgi wyowiada pewne ogólne wnioski. Przedewszystkiem przy ropniach mózgu zaleca postępowanie radykalne: wobec tego, że w operacjach na mózgu największe niebezpieczeństwo zagraża ze strony opon, B. postanowił operować zewnątrzoponowo przez zszycie wszystkich opon naokoło cięcia mózgowego. W dwu przypadkach laminektomii zastosował bezpośredni wyciąg kręgosłupa swoim przyrządem.

Dr MIECZKOWSKI [Poznań] zaleca kleszcze DALGREEN'a z modyfikacją de QUERVAIN'a, któremi można bardzo szybko utworzyć płat kostny wielkości dłoni.

Dr ZAREMBA w gruźlicy kręgow stosuje gorset CALOT'a, zwiększając stopniowo miękkie ucisk na garb. Jednocześnie zaleca obfite wcierania szarego mydła i kurację dyetetyczno-klimatyczną.

Dr J. CZARKOWSKI na podstawie dwu swoich przypadków mniema, że przy ucisku rdzenia możemy rozlegle usuwać łuki bez naruszenia statyki kręgosłupa. W jednym przypadku usunął 7 łuków, a w drugim — 5.

Prof. RYDYGIER stwierdza wielki postęp w dziedzinie chirurgii mózgu i rdzenia wśród chirurgów polskich i z tego powodu wyraża zdziwienie, iż dla operacji na *hypophysis cerebri* pewien chory z Warszawy udał się aż do Wiednia.

Prof. CHLUMSKY [Kraków] podaje, iż zapomocą metody *diathermiae* wyleczył kilka przypadków nerwobolu twarzowego, przeznaczonych już do operacji, i rokuje tej metodzie wielką przyszłość.

Prof. RYDYGIER omawia „Nasze stanowisko w leczeniu chirurgicznym wrzodu żołądka“. Podkreśliwszy fakt, że pierwszą pylorotomię wykonał PÉAN, drugą mowca, a trzecią BILLROTH, R. zaznacza, że rezekcja żołądka przy wrzodzie, zastosowana w odpowiednich przypadkach, daje szybsze i pewniejsze wyniki trwale, aniżeli wszystkie inne zabiegi operacyjne zapobiegające; jest ona zabiegiem doszczętnym i pod każdym względem racjonalnym, gdyż dzięki niej stwarzamy lepsze warunki krążenia zawartości pokarmowej, jednocześnie zaś usuwamy siedlisko choroby — chorobowo zmienione tkanki.

Dr MARCINKOWSKI podaje „Przyczynę do wycięcia odźwiernika z powodu raka i słów kilka w sprawie rozpoznawania zwężeń odźwiernika“. U 44-letniej chorej w stanie charłactwa, z 45% Hgl wyciął *adenocarcinoma ylori*. Obecnie, po 18-u miesiącach chora czuje się zupełnie dobrze, lecz czuwa wstrętem do pokarmów mięsnych. Własnymi badaniami mowca stwierdził, że odczyn jodowo-skrobiowy może służyć za stały sprawdzian wydolności mechanicznej żołądka, gdy tenże w celach leczniczych jest codziennie płukany, a możność takiej kontroli ułatwia i rozpoznanie i rokowanie.

Dr CIECHOMSKI podaje „Uwagi nad plastyką przelyku według Roux“. Przedstawiwszy na tablicach operację Roux tak, jak ją podał sam twórca, i uwzględniwszy unaczynienie krezki i samego jelita cienkiego, C. wspomina między innymi o przypadku RYDYGIERA i zatrzymuje się nad własnym przypadkiem tejże operacji, który przedstawiał znaczne trudności techniczne wobec już uprzednio dokonanej *gastrostomiae*. Chory ten zmarł wskutek zapalenia otrzewnej, jako następstwa przedziurawienia i zgorzeli pętlicy kiszki, przeciągniętej pod skórą. Mając na uwadze sposób rozgałęziania się naczyń krezki i jelita cienkiego, C. radzi przecinać kreskę nie nazbyt blisko przy jelicie, aby nie przeciąć ważniejszych łuków tętniczych, a następnie zabezpie-

czyć możliwie pętlicę jelitową, przeciągniętą pod skórą, od ucisku, a zatem przeciągnąć ją obok mostka, a nie na samym mostku.

Dr SŁAWIŃSKI krytycznie ocenia obecne „zabiegi chirurgiczne w przypadkach otrucia ługiem“ i przychodzi do wniosku, że zamiast szablonowej *gastrostomiae*, należałoby częściej wykonywać przetokę jelita cienkiego.

Dr A. ZAWADZKI mówi „O operowaniu aseptycznym żołądka i kiszek“. Przy operowaniu na żołądku i jelitach gwarancją zupełnej aseptyki może być unikanie wszelkiej styczności ze śluzówką. W tym celu Z. proponuje zeszywanie tylko otrzewnej i błony mięsnej zapomocą specjalnego zaciągania węzła, demonstrując poszczególne momenty operacyjne na szeregu zdjęć fotograficznych.

Dr A. TUCHENDLER, mówiąc „O reкто-romanoskopii“, kładzie specjalny nacisk na właściwe ułożenie chorego, co stanowi konieczny warunek dokładnego wykonania wzniernikowania. Dzięki wzniernikowaniu udało się otrzymać rozpoznanie w wielu przypadkach, w których badanie palcem było niemożliwe, jak np. przy wysokiem umiejscowieniu sprawy chorobnej w odbytnicy lub w esicy [raki, owrzodzenia, polipy].

Dyskusya.

Prof. KRYŃSKI przypomina, że już przed 10-u laty ogłosił swe badania nad unaczynieniem krezki i jelita. Z badań tych wynika, że przecięcie krezki jest niebezpieczniejsze dla odżywiania jelita, im ją bliżej ściany jelita przeciąć.

Dr MIECZKOWSKI wykonywa *gastro-enterostomiam*, jeżeli ma zupełną pewność, że dane owrzodzenie nie posiada charakteru złośliwego, a przedstawia tylko zwykły wrzód żołądka. W przypadkach wątpliwych opowiada się za rezekcją żołądka, jakkolwiek zabieg ten uważa za bardzo poważny.

Dr BORZYMOWSKI nawołuje do reformy leczenia chorych po otruciu ługiem i żąda, aby chorych takich od razu skierowywać na oddziały chirurgiczne. Rozszerzanie przelyku należy rozpocząć ostrożnie, ale o wiele wcześniej, niż to się dzieje dotychczas, przyczem zgłębnik powinien pozostać w przelyku przez szereg godzin. Co do guzów odźwiernika, to należy zwracać uwagę, czy guz taki przemieszcza się przy wypełnianiu żołądka, czy też nie [przyrośnięcie do kręgosłupa], i zależnie od tego wybierać rodzaj operacji: przy guzie ruchomym—rezekcją *pylori*, przy nieruchomym—*gastroenterostomiam*.

Prof. ZIEMACKI podaje „Wybór metody operacyjnej wobec kamicy żółciowej“. Oparte na danych anatomo-patologicznych wywody mowcy, dają się streścić w sposób następujący: 1) *cholecystotomia idealis* powinna być zupełnie zarzucona, 2) natomiast *cholecystostomia* winna znaleźć jak najszersze zastosowanie, zwłaszcza w ropnem zapaleniu pęcherzyka żółciowego, w którym *restitutio ad integrum* błony śluzowej jest jeszcze możebne, 3) *cholecystectomy* nadaje się do tych przypadków, w których pęcherzyk żółciowy i jego przewód uległy zniszczeniu i o powrocie ich do normy już niema mowy, 4) *cholecystenteroanastomosis* musi być ograniczona tylko do tych przypadków, w których główne przewody żółciowe są zupełnie niedrożne wskutek złośliwych guzów, i chcemy utworzyć drogę okólną dla odpływu żółci z wątroby do jelita czczego przez worek żółciowy.

Dr SZERSZYŃSKI wspólnie z drem HUBICKIM wykonywali doświadczenia, mające na celu wyjaśnić „Wpływ na wątrobę i przewody żółciowe połączenia pęcherzyka żółciowego z kiszka (*cholecystenterostomia*)“. Z liczby 7-u psów, poddanych tej operacji, u 4-ch wykryto ropienie w drogach żółciowych

i wątrobie. Wstępującemu zakażeniu dróg żółciowych nie zapobiega bezwzględnie ani sposób KRAUSE'go, ani też MONPROFIT'a.

Dr ROTTERMUND mówi „O leczeniu wakcyną specyficzną [autohomogenną lub heterohomogenną] przewlekłych zapaleń dróg żółciowych“. Wykład R. jest tymczasowym komunikatem, opartym dopiero na 2-u spostrzeżeniach, więc też R. nie wyprowadza ostatecznych wywodów, a ogranicza się do pewnych wniosków zasadniczych. A mianowicie, jeśli niema ścisłych danych co do jałowości żółci, to każdy zabieg należy wykonać z zastosowaniem sączkowania dla następczego dwukrotnego badania bakteryologicznego żółci. Po ustaleniu tą drogą charakteru infekcyi należy uodporniać organizm przez szczepienie pojedynczej, wzgl. mieszanej wakcyny, bądź auto-, bądź heterohomogennej. Jałowość żółci jest wskazaniem do zaprzestania sączkowania.

Dr BR. SAWICKI przytacza rozmaite „Powikłania po zabiegach operacyjnych na drogach żółciowych“, jakie miał w 6-u przypadkach, a mianowicie w dwu zaraz po operacyi nastąpiło zatkanie przewodu żółciowego wspólnego, w dwu—krwotoki nadzwyczaj uporczywe, przy których dobrą usługę oddało mu zastosowanie żelatyny, wreszcie w pozostałych—gruźlica.

Dyskusya.

Dr FR. KIJEWSKI zwraca uwagę, że statystyka operacyi na drogach żółciowych u nas przedstawia się bardzo niepomyślnie, wykazując znaczną odsetkę śmiertelności. Przyczyna tego smutnego zjawiska tkwi w późnem operowaniu chorych na kamieć żółciową, gdy stan ich jest już bardzo ciężki. Co do metody operacyjnej, to wypowiada się przeciw *cholecystotomia idealis*, najchętniej zaś wykonywa *cholecystostomiam*, wreszcie przy poważnem zniszczeniu pęcherzyka stosuje *cholecystectomiam*. Sączkowanie stawia jako zasadę przy tych operacyach. Na wyniki badań ROTTERMUNDA zapatruje się z rezerwą, uzależniając ostateczne wnioski od dalszych obserwacyi. W każdym—bądź razie zaleca badać żółć pod względem bakteryologicznym.

Wiadomości bieżące.

— XI Zjazd lekarzy i przyrodników w Krakowie. Prezydium Komitetu gospodarczego Zjazdu, który odbyć się ma w Krakowie w dniach od 18-go do 22-go lipca 1911 r., ma skład następujący: przewodniczący prof. dr JULIAN NOWAK, zastępcy: Edward Janczewski, prof. dr Walery Jaworski, skarbnik: prof. dr Stanisław Dobrowolski, sekretarz generalny: prof. dr Ludwik Bruner. Komitetów gospodarczych sekcyjnych jest 14, a mianowicie: I. Sekcja filozoficzna (profesorowie: Garbowski, Heinrich i Straszewski). II. Sekcja nauk ścisłych (prof. Marchlewski, Ossowski, Rudzki, Witkowski, Ziobrowski, Żórawski). III. Sekcja mineralogii, geologii i geografii (prof. Morozewicz, Grzybowski, dr Rozen, Smoleński, prof. Szajnocha, Szwarzenberg - Czerny). IV. Sekcja zoologiczno - anatomiczna (prof. Godlewski [junior], Hoyer, Kostanecki, Maziarski, Siedlecki, Talko-Hrynczewicz). V. Sekcja botaniczna (prof. Gutwiński, Raciborski, Rostafiński). VI. Sekcja rolnicza (prof. Godlewski [senior], Jentys, dr Mościcki, prof. Rogoyski, Surzycki). VII. Sekcja weterynaryjna (dyr. Papeć, dr Rutkowski, dr Zagaja). VIII. Sekcja farmaceutyczna (mgr. Łuczko, Mikucki, Proń). IX. Sekcja medycyny teoretycznej (prof. Browicz, Ciechanowski, Cybulski, Klecki). X. Sekcja chirurgii i ginekologii z naukami pokrewnymi (prof. Kader, Łepkowski, Pieniążek, Rosner). XI. Sekcja

medycyny wewnętrznej (prof. Lewkowicz, Łazarski, doc. Mięśowicz, prof. Pareński, Piltz, Reiss). XII. Sekcja medycyny publicznej (dr Bier, prof. Bujwid, dr Janiszewski, Jan Landau, prof. Wachholz). XIII. Sekcja okulistyczna (prof. Majewski, Wicherkiewicz). XIV. Sekcja prasy lekarskiej (prof. Ciechanowski, dr Kwaśnicki).

Prezydium Komitetu gospodarczego Zjazdu zwróciło się do komitetów sekcyjnych z odezwą, by w Sekcjach były na Zjeździe przede wszystkim ogólniejsze tematy naukowe odpowiednich dziedzin, stosownie do uchwały ogólnego komitetu organizacyjnego. W tym celu Komitety sekcyjne mają wybrać w swych działkach stosowne zagadnienia i pozyskać po 2—3 referentów dla każdego tematu, którzyby na podstawie własnego doświadczenia mogli rzecz krytycznie przedstawić. Jest rzeczą pożądaną, aby z 4-ch zwykłych posiedzeń sekcyjnych przynajmniej połowa była poświęcona takiej wyczerpującej dyskusji naukowej. Różne luźne spostrzeżenia i komunikaty, na które pozostałe posiedzenia mają być obrócone, powinny ile możności zawierać także dostatecznie wyczerpujące zestawienie dotychczasowych wyników badania. Referentów należy uprosić, aby krótką, ale wyczerpującą treść swych odczytów nadesłali pod poniżej wymienionym adresem przed 1-ym maja 1911 roku Komitetowi, celen wydrukowania i doręczenia uczestnikom przed Zjazdem.

Listy w sprawach, dotyczących się Komitetu gospodarczego, należy zwracać pod adresem przewodniczącego: Prof. dr Julian Nowak (Kraków, ul. Św. Jana 20).

— Jeden z kolegów prowincjonalnych zwrócił się do Redakcyi z następującym projektem: „Czyby nie udało się w Warszawie, pisze ów kolega, zorganizować kółka prelegentów, którzyby zechcieli urządzić w miastach prowincjonalnych odczyty z różnych gałęzi wiedzy lekarskiej, demonstracje i t. d. w pewnych określonych terminach i w ten sposób pouczać tych, którzy nie mogą jeździć na wykłady uniwersyteckie. Korzyść dla prowincyi byłaby niewątpliwa, gdyż do miast gubernialnych zjeżdżałoby się z pewnością lekarze z miasteczek i wsi“.

Wykonanie tego projektu uważamy w zasadzie za bardzo pożądanę, ale inicjatywa wzywania prelegentów powinna, według nas, wychodzić z łona towarzystw lekarskich. To są przecie naturalne ogniska wiedzy i ruchu umysłowego. Ich rzeczą byłoby wybierać nie tylko prelegentów, ale i tematy najbardziej pożądanę, najtrudniejsze do opracowywania w warunkach prowincjonalnych. O ile nam wiadomo, niektóre towarzystwa lekarskie (np. siedleckie) dawno już trzymają się tej metody i znajdują chętnych prelegentów i słuchaczy. Wszelka inna organizacja byłaby trudną do urzeczywistnienia i chybiałaby celu.

— **Zmarli.** ALEKSANDER PODGIECHOWSKI—skończył śmiercią samobójczą w Sieradzu, przeżywszy lat 60. Studya lekarskie ukończył w Warszawie w r. 1873, poczem praktykował kolejno w Zagórowie, Warcie, Turku i Sieradzu, zdobywając wszędzie zasłużone uznanie i ogólną sympatyę. Pomimo, że miał dużą praktykę, szedł z postępem nauki i poświęcał się z zamiłowaniem sprawom społecznym i obywatelskim. Samobójstwo popełnił, stwierdziwszy stan beznadziejny u kuzynki swej, którą operował podczas porodu.

ADAM SARAOC-SAPOCZYŃSKI zmarł w Petersburgu, gdzie był ordynatorem szpitala Obuchowskiego. Po 15-u latach praktyki felczerskiej zdał egzamin dojrzałości i wstąpił na wydział lekarski w Dorpacie, który z odznaczeniem ukończył. Pozostawił po sobie żal serdeczny w sercach kolegów i pacjentów.

WINCENTY MIKUCKI zmarł w Saratowie w 50-ym roku życia; zapisał 40 tys. rubli na teatr polski w Wilnie.

PILULAE SANGUINALIS

KREWEL

zawierają

Naturalne żelazo krwi

Naturalne sole krwi

posiadają zatem niezrównane działanie na

Wytwarzanie krwi i na siły ustroju.

Wypróbowane i zalecane od wielu lat w

BEZKRWISTOŚCI i BLEDNICY.

PILULAE SANGUINALIS KREWEL

dostarczamy również z:

Kreozotem, Guaiacol. carb., Chinin. mur., Jodem, Ichthyolem, Lecithiną, Natr. cinnam.
Ex'r. Rhei.

KREWEL & Co G. m. b. H. Kolonia n. Renem.

Gwarantowane preparaty Krewela są tylko w rosyjskim opakowaniu, zatwierdzonym przez ministerium Przemysłu i Handlu.

Kantor pr paratów chemicznych St. Petersburg, Małaja Konuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski, Bracka 6. tel. 128.46.

ACIDOL PEPSIN

Stopień I.
silnie kwaśna

Stopień II.
słabo kwaśna

Znakomicie działające zupełnie stałe
przetwory kwasu solnego i pepsyny

Kartony po 50 pastylek à 0,5 grm.

Próbki i piśmiennictwo bezpłatnie.

ACTION GESELLSCHAFT FÜR ANILIN - FABRIKATION.

PHARMACEUT. ABT. LUNG.

BERLIN S. 03

Dr. BIESIEKIERSKI

Leczenie mechaniczne i termiczne chorób stawów; porażzeń, newralgii; ischias w Zakładzie.

S-to Krzyska 28; tel. 159-82.

Wyszedł z druku i jest do nabycia w Administracji Gazety i w Księgarniach
Odczyt kliniczny Ser. XVIII Nr. 211

Nowotwory mózgu i rdzenia oraz symulujące je stany pokrewne
przez d-ra med. H. Higiera

Gena kop. 30.

Skład główny w księgarni E. Wende i S-ka (T. Hiż i A. Turkuł)
w Warszawie.

OPUŚCIŁA PRASĘ:

L. E. BREGMAN

Dyagnostyka chorób nerwowych
podręcznik dla lekarzy i studentów

(stron 475 z 143 rysunkami i 2-ma tablicami w tekście)

Cena w oprawie Rb. 4.

Skład główny E. Wende i Sp. (T. Hiż i A. Turkuł) w Warszawie.

Nabywać można we wszystkich Księgarniach.

VISVIT

znakomity środek odżywczy

pomaga wytwarzaniu krwi, wzmacnia nerwy i mięśnie, zawiera: białko, węglowodany, nukleino-fosforowy wapień, lecytynę i haemoglobinę, nie zawiera pierwiastków wyciągowych.

Visvit jest nader łatwo strawny i przyjemny w smaku.

Opakowanie po 50,0—100,0—250

Po broszury prosimy zgłaszać się do E. Koch W. Borman, w Warszawie Chmielna 18. Goedecke w Lipsku.

PILULAE

PROBILINI

D-ra Bauermeistra
zalecają się przy cierpieniach dróg
żółciowych
i
cholelithiasis.

Probilin zawiera kwas salicylowy,
sole kwasu oleinowego i phenol-
phtaleinę,

Dawka 2—4 pigułek na noc.